

語りにみる進行がん患者の社会的側面の変化と苦痛

瀬山留加¹⁾ 吉田久美子²⁾ 神田清子³⁾

(2005年9月30日受付, 2005年12月12日受理)

要旨:本研究の目的は、がん患者の社会的側面が、病状の進行に伴いどのように変化し、患者を取り巻く環境の中で「社会的自己存在」をどのように認識しながら生きているかを記述することで、社会的苦痛に対する看護介入の示唆を得ることである。

研究デザインは、社会的側面が個人の生き方やそれまでの軌跡に関連したものであるため、個別事例の質的記述を選択した。調査方法としては、定期的な外来受診日の様子観察と、社会的側面が大きく変化すると予想される病状や治療効果についての説明があった時に面接を行った。

その結果、A氏は社会的側面として、①“家族も私も藁をもつかむ思い”に象徴された『家族社会の中心にあった「社会的自己存在」』、②“泣きなくなったら、家族の前で素直に悲しむ”に象徴された『ありのままを受入れられた「社会的自己存在」』、③“またコーラスに参加する自信がついた”に象徴された『がんと共にしながら広がる「社会的自己存在」』、④“生きていく意味が分からない”に象徴された『役割喪失により希薄化した「社会的自己存在」』という4つの変化を体験していたことが明らかとなった。さらに、がん患者の全人的QOLの維持、向上のために必要な社会的苦痛への看護介入としては、①患者と同じ社会に属するメンバーが環境を調整できるよう、指導的、情緒的支援を行う、②療養環境の中で患者が「社会的自己存在」を認識できるような人間的つながりを形成する、の2つが考えられた。

キーワード:がん患者、社会的苦痛、社会的自己存在

1. はじめに

近年、がん患者のあらゆる苦痛を取り除くために、全人的QOLの視点から、その構成因子を身体、機能、心理、社会、さらにはスピリチュアリティの側面にまで詳細な分類をし、効果的なケアの提供が試みられている。例えば、Willener Rらは、前立腺がんの患者を対象として、身体的機能のみならず、家族関係や夫婦関係をも含めたQOL質問紙を開発し、患者の全体像を簡便に聴取できるようなスケールを用いた看護介入を提唱している¹⁾。また、Rutledge DNらは、女性のがんサバイバーを対象とした縦断的調査において、身体、精神、社会、スピリチュアリティの側面におけるそれぞれのQOLが得点化できるツールを用い、全人的QOLの未充足部分を明らかにすることで、看護介入の焦点を絞る研究を行っている²⁾。さらに、このよ

うな動きは1998年のWHO憲章の見直し作業においてもみられ、「健康」の定義は「個」をより重視する傾向にある。

これまで、患者の全体像の一部である社会的側面については、経済的な問題や就業に関連した事柄として捉えられることが多かった。しかし、このような捉え方は、就業者数の少ない老年期にある患者や、家庭内での役割のみを果たしている患者に用い難い。そのため、近年の高齢者や女性の罹患率の増加を考慮すると、これまでの見解は狭義なものであり、家族や友人などの身近な付き合いによって形成された社会も、患者の社会的側面として捉えるべきであると考えられる。なぜなら、狭義な見解で社会的側面を捉えた場合、患者の抱える苦痛を正確に把握できない可能性が生じるからである。

¹⁾高崎健康福祉大学短期大学部看護学科

²⁾杏林大学保健学部看護学科

³⁾群馬大学医学部保健学科

例えば、がんであることへの否認や、生命予後に関連した不安は、がん罹患によって自己コントロール感や自己同一性、希望の喪失によって生じるものであるため心理的苦痛と考えられる。一方で、がん罹患による社会的役割の変容などから生じる家族や友人との疎外感、自己と他者との関係性の中で生じる否定的感情であるため社会的苦痛と考えられる。さらに後者の場合、がんが治癒しなくとも、他者とのつながりから生じる「社会的自己存在」さえ認識することができれば、その苦痛は軽減する可能性がある。

「社会的自己存在」とは、W.ジェームズが唱えた自己の3つの側面の1つであり、「物理的自己存在」「精神的自己存在」とは異なり、必ず何らかの社会に属していなければ生じない概念である³⁾。すなわち、前述したケースの場合は、患者に生じた疎外感を社会的側面における問題として捉えることが、患者の抱える苦痛の本質を理解するためには重要である。

しかし、一般的には「疎外感」や「自己の希薄感」などの他者との関係性における変化によって生じる否定的感情も、心理面での問題として捉えられやすい。それ故、ケアの対象者が患者個人のみ限定されてしまうなど、効果的な具体策の立案に至らない場合がある。

我が国におけるがん患者の社会的苦痛についての研究は、その定義の曖昧さからか、これまで研究の焦点としてあまり扱われず、実態調査も十分に行われていない。しかし、全人的QOLの観点から、5つの構成因子（身体、機能、心理、社会、スピリチュアリティ）ごとに患者の全体像を捉えることは、患者の本質に接近する手法の1つであるため、社会的苦痛の概念を我が国の文化的背景などをふまえて確立することは急務であると考えられる。そこで本研究では、構成要素の探求の一部として、社会的側面を『家族や友人などの身近な人との人間関係も含めた他者との交流』と定義し、対象者の自由な語りの中から得られた「社会的自己存在」に関するストーリーを記述することで、その意味の明確化、及び看護介入についての検討を行うこととする。

II. 言葉の定義

社会的側面：家族や友人などの身近な人との人間関係も含めた他者との交流。

社会的苦痛：自己と他者との関係性の中で生じる否定的感情。

社会的自己存在：他者との関係性の中で認識される自己。

III. 研究方法

1. 対象者

対象者は、すい臓がんを患う60歳代の女性であった。生来健康で、既往歴はなく、家庭の主婦として2人の子供を育てあげ、独立した息子を除く、夫と娘の3人暮らしをしていた。多趣味で、社交的であり、コースや登山などのサークル活動から友人関係も密であった。

現病歴としては、平成15年の暮れ頃から胸やけや胃もたれを自覚しはじめ、疲労によるものと自己判断し、放置していたが、年が明けても軽減しないため近医を受診した。その際、がんではなく、すい臓腫瘍と説明されるが、本人を含めて家族全員ががんであろうと感じたため、専門病院（本研究実施病院）での精査、加療を希望し、転院のはこびとなった。

その後、総合的な検査の結果、手術不適合、余命3ヶ月と診断され、化学療法を受けながら家族との時間を大切にするように担当医からすすめられた。しかし、その時点では治療法に納得ができず、対象者、家族ともにセカンドオピニオンを求めた。対象者自身は、主治医に対し少なからず負い目を感じていたが、家族の強い姿勢に後押しを受け、資料を受け取りいくつかの病院の受診や、講演会などの参加の後、化学療法が妥当な治療法であると考えられるようになった。その時すでに初診から1ヶ月が経過していたが、対象者は最初にごんと診断された地元の専門病院に戻り、外来化学療法を受け始めた。

対象者が研究に同意し、研究者が関わりを持ち始めたのは、診断後3ヶ月が過ぎた頃であった。

2. データ収集方法

1) 研究デザイン

社会的側面が個人の生き方やそれまでの軌跡に関連したものであるため、個別事例を質的に記述する研究方法を選択した。

2) 調査方法

調査の場は関東近隣のがん専門病院における外来化学療法室であった。研究者は、終始観察者の立場をとった。対象者の研究参加への同意が得られてから、定期的に外来受診日の様子を観察し、社会的側面が大きく変化すると予想される病状や治療効果についての説明があった時には、面接を申し出、本人の同意が得られた後、ICレコーダーへ録音をしながら語りを聴くようにした。約9ヶ月の期間のなかで、挨拶や談笑程度のものも含めると、対象者の語りは約6時間20分であった。対象者の身体的、精神的負担を考慮し、原則的には30分程度を面接時間の目安としていたが、時に

は1時間を越えることもあった。

語り始めるきっかけとして研究者は「今どのようなことを感じますか」という言葉かけを行い、対象者の自由な語りを優先した。時には得られた語りの内容から想起される事柄についての質問も行った。語られた内容が不明確な場合や、対象者の語りの意味を確認するために質問をすることもあった。

対象者の診療時の様子、医療者との関わり、面接中の様子、ICレコーダーへの録音を行わない談笑時の内容や様子は、対象者の許可を得てフィールドノーツに記録した。また、疾患や治療についての詳細な経過は、対象者の許可を得て診療録より情報を得た。

3. データ収集期間

平成16年6月～平成17年3月。

4. 分析方法

ICレコーダーに録音した内容と、フィールドノーツの内容から、対象者が関係性を持つ家族、友人（サークル仲間）、医療者との間で築いた社会における「社会的自己存在」について1つの意味を示す内容を短い文章にまとめた。さらに、繰り返し語られる内容、対象者の語りの中で特別な意味を持つと感じられた内容、時間的な流れを考慮しながらストーリーを組み立て、考察に至った。

5. 分析の妥当性と信頼性

語られた内容を飛躍して解釈しないよう、対象者に確認できる場合は面接においてその内容を示し、真の意図と一致するよう努めた。さらに分析、解釈の段階においては、がん看護研究者1名のスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

研究実施にあたり、研究施設内における倫理審査委員会の承認を受けた。その後、対象者に対しては、研究者の立場や研究目的などを書面、及び口頭にて説明を行い、署名にて同意を得た。

IV. 結果

以下に、ICレコーダーに録音した語りや、フィールドノーツに記録した内容より抽出された対象者の「社会的自己存在」に関するストーリーを記述した。

1. 家族も私も藁をもつかむ思い

胃部不快と軽度の背部痛を主訴に近医を受診したことをきっかけに、がんと診断を受けた対象者は、思いがけない深刻な現状を目の当たりにした。しかし、それが逆に家族を一致団結させたのか、手術不適応と説明をした主治医の意見だけではなく、子供達を中心となってセカンドオピニオンを求めるという積極的な行

動を対象者本人、そして家族にもたらした。この頃の「社会的自己存在」について対象者は、次のように語っていた。

対象者：（前略）余命を聞いて家族はのんびりしてられないって思ったみたいです。はじめは全員が手術を希望しましたが、先生は難しいとおっしゃって、化学療法をすすめられました。娘なんか他の病院に行くから検査資料をくださいなんて言って、セカンドオピニオンですか、別の病院の先生にも診てもらいたね。あと講演会みたいなものにも参加しましたね。息子の方もお友達にいろいろ聞いて、東京なら手術ができるって私に言ってきました。家族も私も藁をもつかむ思いだったと思います。結局お話を聞いたほとんどの先生が化学療法をすすめてくれたし、家族と離れてまで大変な手術を受ける気になれなくて、息子が折れる形になりましたけどね。でも、私自身は何で自分ががんになったのか不思議に思いながらも、がんと共存できればいいとさえ考えるようになっていましたから、必死になっていた娘や息子とは、あの頃少し距離があったかもしれませんね。

上記のように語った対象者は、少なからず家族メンバーに対して疎外感を抱きながらも、共通の思いで治療の選択という共通の行動がとれたという自信や満足感が伺われた。

また、家族以外の他者との関係性については以下のように語っていた。

対象者：（前略）がんだって聞いてすぐに、近所の薬剤師さんのところへ行きましたら、その方も肺がんで、効き目があると言われていた漢方とかをいろいろ教えてくださったりして、本当に親身になってくれました。うれしかったですね。主治医の先生もすごくいい方で、私のやっている漢方の事も熱心に聴いてくれるし、すごく大事にしてもらっているなって感じますよ。娘が私の話を聞きたいと申し出れば、可能な限りですぐに時間を作ってくださいますね。

がんと診断されたことと新たに療養環境という社会に所属することになった対象者であったが、協力的に接するメンバーに対して安堵し、抵抗感を感じることもなく新たな「社会的自己存在」を認識できている様子であった。

対象者にとってがんと診断されてから3ヶ月ごろまでは、疾患による身体的苦痛も少なく、機能的側面においてはADLも完全に自立していた。そのため、家事や友人との交流などの社会的活動を以前と同様に維持することができ、「社会的自己存在」に関する負の変化はみられなかった。心理的、及びスピリチュアリ

ティの側面においても、がん患者特有の悲嘆反応はみられたが、精神症状などの出現には至ることなく、大きな逸脱はみられなかった。

2. 泣きたくなったら、家族の前で素直に悲しむ

対象者は初期治療として化学療法をはじめていたが、治療開始2ヶ月が経過した頃から激しい副作用に苦悩するようになっていた。そのため、対象者は身体、機能的苦痛を抱えることになっていた。体重も大幅に減少してしまい、体力を失い、思うように動くこともままならない状態となっていた。しかし、「誰かとお話しているほうが楽だわ」と笑顔で語られることも多く、面接は定期的に受け入れられた。その中で対象者は、社会的側面について以下のように語った。

対象者：（前略）点滴にちょっと負担は感じますね。ちょっと体重も落ちましたし。吐いたり、食欲なかったりしますからね。でも、副作用がない方が珍しいと思いますから、家族と一緒に暮らせればね、このままの状態です。治療の終わりは来ないみたいだけど、辛い時は、泣きたくなったら、家族の前で泣けますからね。泣き場があるって幸せですよ。

化学療法の副作用はしばらく続いたが、対象者は悲しみや辛さなどの苦悩を素直に家族という社会の中で表出することはできていた。そのため、身体、機能的苦痛に伴う精神的負担は、少なからず軽減することができているようであった。そのためか、「社会的自己存在」において変化が生じたことを意味する語りを聞くこともなかった。

3. またコーラスに参加する自信がついた

共に暮らす娘は、母親である対象者が徐々にやつれていく姿を見かね、担当医に直接治療法の検討を依頼した。対象者自身は、がんの縮小効果があるならば治療は変更したくないと考えていたが、話し合いの末、抗がん剤は減量された。その後ADLは大幅に改善し、外来での表情や語りの声も明るさを取り戻していった。治療法変更後、対象者は社会的側面について再び語った。

対象者：（前略）娘の方から先生に治療はどうにかならぬかとお話したら、薬を減らすことになりました。病気には悪い影響がでるかもしれないと不安はありましたけど、マーカーがこの前ずいぶん下がりましたので、自分勝手かもしませんが良かったと思っています。調子も良くなって、食事もとれるようになりましたしね。家事も少しできるようになりました。主人も今までは何もしなかったのに、食器を一緒に並べてくれたりして、前より協力的ですよ。お散歩や山登りも一緒に行けるようになりましたしね。一人でも

温泉に日帰りで行ったりして、家族の者には怒られましたが、知らない人とたまにお話するのもとても楽しいですよ。サークルのお友達もまた一緒にやろうと言ってくれるので、コーラスにもまた参加しなくちゃと思っています。実家にも帰ることができて、自信になりました。

この頃の対象者は、副作用の影響で生じた身体、機能的苦痛も軽減されていた。がんと共存している以上抱えざるを得ない心理的苦痛は、語りの中からその存在が把握されたが、社会的側面における変化はほとんどみられなかった。むしろ、家族メンバーの協力により、よい変化がもたらされたことでつながりが強まり、「社会的自己存在」を認識することができる社会の広がりを伺えるまでに至っているようであった。また、そのような状況に安定したことで、自分の中に残っている人とつながりを維持する力が見出され、自信となっているようであった。

4. 生きていく意味が分からない

診断から9ヶ月が経過した頃、対象者は疾患や化学療法の副作用により、ひどい全身倦怠感と激しい疼痛に苦悩するようになっていった。外来での表情も暗く、面接のたびに涙する様子も見られた。以前と同様、あるいはそれ以上に、身体、機能的苦痛が生じていることは明らかであった。そのような状況は、患者の属する社会環境に変化をもたらし、ついに社会的苦痛を抱えることとなってしまった。そして以下のような語りが頻回にみられるようになっていった。

対象者：（前略）薬を飲んでるのに、体がどうしても痛い時がありますよね。以前にそれを家族に話したら、主人は泣いて黙ってしまうし、娘はいい薬を飲んでるのだから、それは私の気持ち弱いせいだとむきになることがありました。分かってもらえないと言うより、私のせいで家族まで精神的な負担を負っていると感じました。娘はお友達と出かけても、自分に気を使って早く帰ってきたりして、本当はすごくやさしい子なんです。出先でも電話をかけてきたりするくらいですから。お母さんの笑顔を見るのが一番幸せなんて言ってくれますしね。でも、かえってそれを言われると、自分が何の役にも立っていないように思えて、生きていく意味が分からなくなります。私のがんでなかったら、娘も好きなことができるのかしらって。普通、母親の笑顔なんて一番の幸せではないでしょ？こんなこと言わせるなんて、私は本当に失格ですよ。

妻や母親としての役割遂行不足を強く感じ、悲嘆に暮れていた対象者に、研究者は思わず、それでも家族の一番の願いは、とにかくどんなかたちであれ対象者

が生きていてくれることに限ると思いますと話す、大粒の涙を流しながら以下のように語った。

対象者：この前息子の子供を抱こうとしたら、たった10kgなのに抱けませんでした。何も出来ないんです。だから、自分が良くなりたくないと願う気持ちも、結局は自分勝手なことなんだって思うようになりました。私は何の役にも立たないのに、社会の役に立たないのに、生きている意味があるのかって…。誰にも何も言えなくて、たまらない気持ちになります。前は検査の結果が良かったりするから、病院に来るのも嫌ではなかったのに、この頃は辛いです。悪い結果しか出ないからか、先生も以前は笑って話してくれたのに、最近は笑顔を見せられません。

家族の気遣いも自責の念に感じてしまうほど、対象者は精神的に追い込まれているようだった。誰にも本当の思いを語れずに、関係性が薄れ行く中、希薄化した「社会的自己存在」を認識せざるを得ない状況になってしまっていた。

V. 考察

対象者が「社会的自己存在」を認識しうる社会としては、がん罹患以前から所属していた【家族社会】、及び【友人とのつながりから形成された社会】が考えられた。さらに、がん罹患によって新たに【医療者との関係性から生じた社会】も加わったと考えられた。さらに、「社会的自己存在」に関連したストーリーラインを描いてみると、それぞれの社会において対象者の認識に変化が生じたことが明らかとなった。

以下に、見出された「社会的自己存在」に関するストーリーラインに沿って、象徴的な対象者の言葉や様

子から、がん患者の社会的側面における変化と苦痛、及びそれに伴う看護援助の示唆について述べた。なお、対象者の「社会的自己存在」の所在経過が明確になるよう4つの局面ごとに図を示した。

1. 家族社会の中心にあった「社会的自己存在」

診断初期に社会的苦痛が生じなかったのは、診断後も家族という社会メンバーと「藁をもつかむ思い」を共有しながら、治療法の意味決定を共に行うことができたことで、関係性を保つことが可能となっていたためであると考えられた。Edwards Bらは、がん患者が不安や鬱により精神症状をきたす要因には、患者自身の否定的感情の度合いよりも、家族などの近親者が抱える否定的感情の方が大きいため、家族全体をケアの焦点と捉える必要性について論じている⁴⁾。これを患者の全人的QOLに置き換えると、家族という社会メンバーの心理的安寧を目的としていることから、社会的側面を整備することの重要性を意味していると考えられた。例えば対象者の場合、家族は「妻、あるいは母親ががんである現実」に過度に落ち込むことなく、即座にがんと闘いに積極的に立ち向う姿勢をみせたため、家族が自分と共に在りたいと願う気持ちを感じとることができた。その結果、ほとんど孤独を感じず、図1に示すように、家族社会の中で「社会的自己存在」を認識することができていたと考えられた。しかし、もしがん家族が患者同様に告知後衝撃を受け、精神的な負担を過度に抱えていたら、患者は自分ががんであるという現実に加えて、その状況に対しても苦痛を感じてしまう可能性があった。また、家族社会の中で感情を表出することができなくなるため、身近な支持的サポートが得られず、否定的な感情に支配されてしま

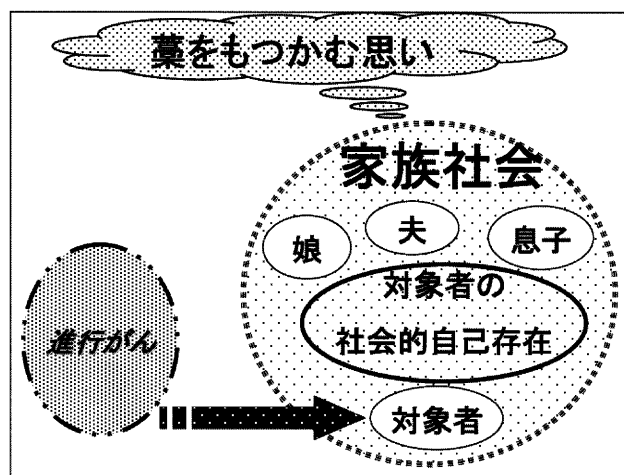


図1 家族社会の中心にあった「社会的自己存在」

う可能性もあった。どちらにせよ、疎外感や無価値観が生じやすいことから、結果的には「社会的自己存在」の認識はできなくなっていたと推察された。つまり、最も重要なことは、患者が他者と「心身共に在る環境」を維持し続けられるような社会を形成することであると考えられた。

対象者の場合は、自分のために行動を起こしている家族メンバーに対して、多少の疎外感を抱いたと語っているが、これは説明された余命に対して、表面的には天命と受入れたかのように語っていても、自分だけが命の限りを知らされている状況下にあったためであると考えられた。なぜなら、余命として知らされた3ヶ月が経過してからは、疎外感を意味する語りはしばらく聴かれなくなったからである。

2. ありのままを受け入れられた「社会的自己存在」

化学療法開始に伴い体験した副作用は、対象者にとって身体的、あるいは機能的苦痛となっていた。しかし、その苦痛の中で生きている自分を他者、特にがんに罹患する前から所属していた社会メンバーに表出することが可能であったため、図2のように、「社会的自己存在」の認識はがん罹患前と同様の社会で見出すことができていたと考えられた。

社会メンバーである家族は、常に患者の感情表出に勤め、励ますという支持的精神療法と同様のサポートを実施できていた。この介入方法は、本来専門的な訓練を受ける必要があるとされているが、本事例においては、特別に知識や技術を習得しなくても、患者が所属している社会メンバーによって効率よく行われ、良い結果もたらされていた。これは、Kash KMらが、支持的精神療法における最も重要なポイントは、効果

的な手法を選ぶことができるように、患者の求めている個人的なニーズに気づけることであると指摘しているように⁵⁾、長い時間同じ社会にいた家族だからこそ、このポイントを自然に捉えることができたためであると考えられた。身体、機能的苦痛を他者と共有できなくても、それらを抱えている患者が、「ありのままに受け入れられたと感じられる環境」さえ整ってれば、社会的苦痛は生じることもなく、全人的QOLの著しい低下には至らないと考えられた。反対に、優れた制吐剤などにより、身体面などの苦痛が軽減されても、その状況（がん患者が苦痛を抱えながらも薬を飲むことで社会に復帰している状況）が、所属している社会で理解され、受け入れられなければ社会的苦痛は生じてしまうと考えられた。

3. がんと共に広がる「社会的自己存在」

家族の自発的な行動により、治療法が変更され、身体的、機能的側面における苦痛の要因が解決に至った対象者は、図3のように、家族以外にも「社会的自己存在」を認識できる第2の社会を獲得したいという希望を持つに至っていた。これは、Maslow Aの基本的欲求階層でいうところの『安全・安定の欲求』が満たされたため、「第2の社会へ」という『所属・愛情の欲求』に関連した思いが生じたと考えられた。

Maslow Aの基本的欲求階層においては、それぞれの欲求が階層的に喚起されるものであるため、下位欲求を否定することによって上位欲求が充足されるものではない⁶⁾とされている。つまり対象者の場合、コーラスサークルへの復帰が達成されなければ、次の段階である自尊の欲求の充足は得がたいと考えられた。自尊感情とは、人間が苛酷な環境の中でも適応していく

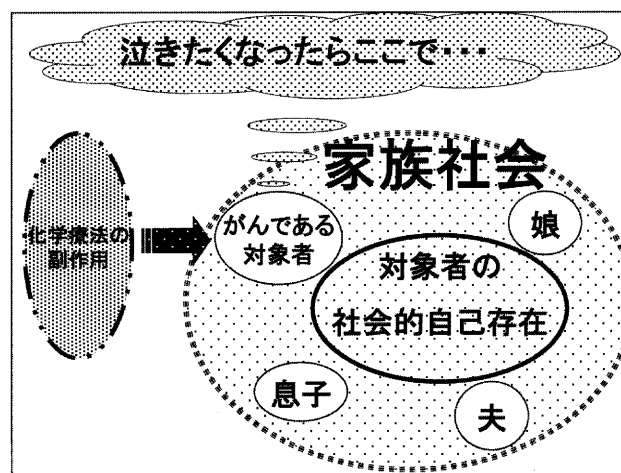


図2 ありのままを受け入れられた「社会的自己存在」

ことを可能にし、適応していくことで人生に意味を見出すこともできるようになるための最も重要な感情である。これは、自尊感情が努力や意欲の源であることに起因することに関連しているが、その意義深い感情を支えている下位欲求を満たす因子の1つが、「社会的自己存在」を認識できるような社会的側面での充足であることが明らかとなった。

4. 役割喪失により希薄化した「社会的自己存在」

診断後9ヶ月が経過した頃から、強力な社会メンバーのサポートにより「社会的自己存在」を認識し続けてきた対象者にも、ついに社会的側面での苦痛が生じてしまった。これは家族メンバーが、がんの進行に伴う対象者の表面化した身体的苦痛に対して、化学療法の副作用症状などのように、軽減可能にする確実な方法を見出せない状況に陥ってしまったことから、予期悲嘆が生じてしまったことに起因すると考えられた。

これまで、家族メンバーは対象者ががんであることを認識しつつも、現実的に対象者のADL、表情や言動などの面において死を連想させるような場面がなかったため、精神的な苦痛が少ない状況にあった。そのため対象者を支持的にサポートすることができていたが、がんの進行に伴い、対象者の苦痛が家族機能では解放しがたくなってしまった。その結果、図4のように、家族社会は著しく変化し、対象者が「社会的自己存在」を認識できるような環境が保たれなくなってしまったと思われる。

しかし考えるべきは、これが回復困難な身体、機能的側面における苦痛の出現と同時期に起こったことであっても、「社会的自己存在」の認識は不可能になったとはいえないことである。なぜなら、がんの進行に

よって家族という社会が危機的状況にあっても、対象者は療養環境という社会にも属しているためである。実際に、対象者はがんと診断された頃、薬剤師や担当医などの関わりから、自分が属する療養環境という社会において安堵感を覚え、「社会的自己存在」を認識していた。しかし、初期と比べて身体的、機能的側面における苦痛が著しく増加したため、行動範囲が狭まってしまったこと、医療者の対応が変化してしまったことにより、この時期においては療養環境においても「社会的自己存在」を認識することが不可能となってしまったと考えられた。

家族は人が生きていくうえで属する最も小さな社会であり、最も長く所属する社会でもある。療養環境と比べれば、患者が感じる居心地は、はるかに良い。しかし、がん家族は患者同様にがんの進行によって精神的なダメージを受けやすいことを考慮すると、その機能はもろく、最後の時が近づけば近づくほど、患者にとって療養環境は重要な社会となってくる。

本事例において対象者は、最終的に家族の中で「社会的自己存在」をまったく認識できなくなっていた。しかし、医療者を含めた療養環境に所属するメンバーとつながりが感じられていたら、社会的側面における苦痛は軽減されていた可能性があったと考えられた。

5. 看護への示唆

がん患者の社会的側面における苦痛には、身体的症状のコントロールで用いられるような薬物療法などの即効性をもつ治療法がない。自己と他者との関係性の中で生じたゆがみが苦痛の原因となっていることから、その軽減には、一人の人としてつながりを持ち、同じ社会に属する者の支持的サポートが必要となる。

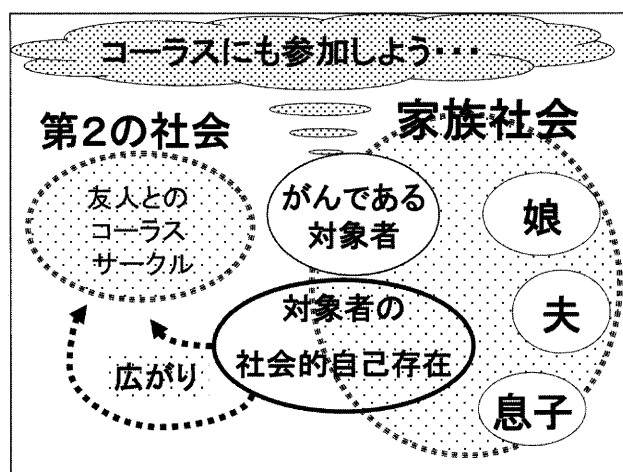


図3 がんと共存しながら広がる「社会的自己存在」

それ故、社会的苦痛に対する看護介入としては、患者の属する社会を『職場などに限らず、家族や友人などの身近な人との付き合いも含めたすべての社会』として捉えた上で、①患者と同じ社会に属するメンバーが環境を調整できるよう、指導的、情緒的支援を行う、②療養環境の中で患者が「社会的自己存在」を認識できるような人間的つながりを形成する、の2つが考えられた。

1) 患者と同じ社会に属するメンバーが環境を調整できるよう、指導的、情緒的支援を行う

がん患者が属する社会はさまざまであり、性別や年齢によって大きな異なりがある。中には看護師が直接介入し難い社会、例えば職場などもあれば、外来や入院時に関わる家族や同じ疾患を抱える患者同士で形成される医療スタッフにとっても身近な社会がある。

前者の社会で患者が苦痛を抱えた場合、就業に関連した経済的負担などに焦点を当てやすいが、役割喪失の危機にあることに留意することも重要である。必要な公的サービスに関連した調整のみならず、患者が所属する別の社会での「社会的自己存在」の在り方にも変化が生じていないかを把握し、社会的苦痛が増悪しないように配慮することが必要な看護介入であると考えられた。具体的には、患者が所属する社会メンバーに対して、役割を与え続けることの重要性や必要な支持的精神療法などの助言を行うことが当てはまるが、実際のサポート力を十分に把握するためにも、一方的な教育的介入ではなく、継続的に、時には支持的に介入することも重要であると考えられた。特に家族メンバーに対しては、本事例の対象者もそうであったように、家族もがんの進行によって精神的にダメージを受

けやすいが、重要なケアの担い手、特に患者が「社会的自己存在」を認識できるような環境作りにおいては、その役割を変わる者が皆無であることを念頭におき、継続して介入するべきであると考えられた。なぜなら患者は、がんの進行に伴う身体、機能的苦痛の急激な増加を体験するため、所属する社会は病気が進むほど家族と療養環境に限られてくるが、療養環境では治験者などの特別な立場でない限り、主だった役割を与えられないため、所属・愛情の欲求を真に満たすことができる環境という意味では、家族社会の代わりにはなり得ないからである。

2) 療養環境の中で患者が「社会的自己存在」を認識できるような人間的つながりを形成する

療養環境とは、医療施設や設備、医療スタッフが構成要素として挙げられるが、2002年からの厚生労働省の緩和ケア診療加算新設以降、ハード面での改善は徐々に進められている。そのため、ソフト面、つまり医療チーム内における人材の充実が図れば、患者は療養環境の中で「社会的自己存在」を認識できると考えられた。そのためには、医療チームとして患者に接するスタッフ個々が、患者の全人的QOLを構成する社会的側面のメンバーの一員であることを強く認識し、人間的な温かい関係性の形成に努めることが重要である。如何に患者中心の医療を提供しても、供給者と受領者の関係が希薄であれば、その効果は薄れてしまうと謳われているが、これは、全人的QOLにおける社会的側面の充実なしには、十分な介入は成り立たないことを意味している。Gorden JSらは、支持的な療養環境が、良い情報やセルフケア技術と同じように、がん患者の身体的、感情的、実存的健康をもたらすこと

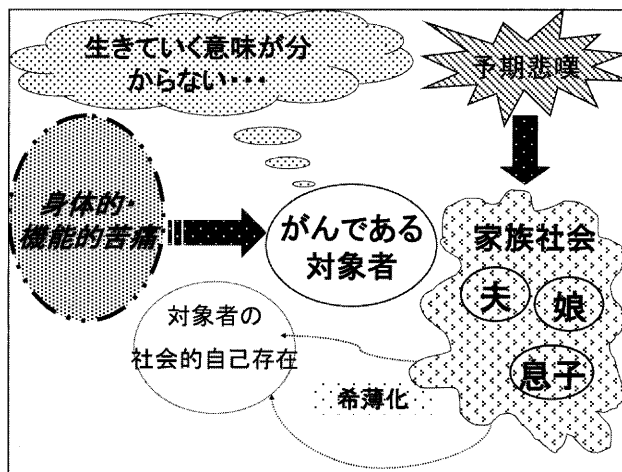


図4 役割喪失により希薄化した「社会的自己存在」

を明らかにしている⁸⁾。

本事例の対象者のように、外来で加療を継続している患者の場合、医療者と十分時間を共有することは稀である。そのため、状態把握のための検査、問診、セルフケアに必要な情報提供に時間を取られやすい。しかし、そのような場面が患者にとっての療養環境における「社会的自己存在」を認識する時であることを配慮し、一方的な対応を避けるべきである。特に看護師は、人間的なつながりを形成するためにも、プライマリー制度を導入するべきであり、可能な限り継続的な関わりを持つ意義を認識する必要があると考えられた。

【おわりに】

M.Tanらは、社会的サポートが増加すれば、がん患者の希望の喪失は軽減されることを明らかにしている⁹⁾。これは希望をもたらしたり、あるいは弱めたりする事象には、どちらも自己のみならず他者との存在における関係性が影響していることを示唆するものである。がん患者が他者と人間的なつながりをもち、その中で「社会的自己存在」を認識できれば、希望をもち続けることが可能になると考えられる。人が生きていくうえで必要不可欠なものであるとされている希望も、「社会的自己存在」によって大きく左右されるということは、がん患者の全人的QOLの維持、向上における社会的側面からの影響を如何に重視しなければならないかが伺われた。

【謝辞】

本研究の実施にあたり、調査に御協力くださいました対象者の方に、心より感謝申し上げます。また、データ収集に際し、多大なるご支援をいただきましたA病院の職員の皆様に心よりお礼申し上げます。

【文献】

- 1) Willener R, Hantikainen V. Individual quality of life following radical prostatectomy in men with prostate cancer. *Urologic nursing* 2005; 25 (2): 88-90, 95-100
- 2) Rutledge DN, Raymon NJ. Changes in well-being of women cancer following a survivor weekend experience. *Oncology nursing forum* 2001; 28 (1): 85-91
- 3) 山口勸. 社会的自己. *社会心理学*. 東京: 有斐閣, 1994: 1-12
- 4) Edwards B, Clarke V. The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho oncology* 2004; 13 (8): 562-576.
- 5) Kash KM, Mago R, Kunkel EJ. Psychsocial oncology: supportive care for the cancer patient. *Seminars in Oncology* 2005; 32 (2): 211-218.
- 6) 上田吉一. 人間の完成 マスロー心理学研究. 東京: 誠信書房, 1988: 27-52
- 7) 渡辺孝子. 乳がん患者の心理的適応に関連する要因の研究. *日本がん看護学会誌* 2001; 15 (1): 29-39
- 8) Gordon JS, Edwards DM. MindBody Spirit Mwdicine. *Seminars in oncology nursing* 2005; 21 (3): 154-158
- 9) M.Tan, E.Karabulutlu. Social Support and Hopelessness in Turkish Patients With Cancer. *Cancer Nursing* 2005; 28: 236-240.

Social Changes and Pain in Progressive Cancer Patients Discovered Through Narrative

Ruka SEYAMA¹⁾, Kumiko YOSIDA²⁾, and Kiyoko KANDA³⁾

Abstract : The purpose of this study is to describe how the patient changes along with the progress of the disease and how the patient perceives his/her “social identity” in his/her life, so as to suggest the necessity of nursing intervention against social pain.

Since social aspects are related to the individuals way of life or experience, case study was applied as a form of this study. As for method of investigation, periodical observation of the patient on the days he/she comes to the hospital was performed. Interviews were also performed when the patient received explanation on his/her condition of the disease or effect of a therapy that is expected to have changed his/her social aspects greatly.

As a result, it became clear that Mrs. A experienced 4 changes in her social aspect. The social aspects that have resulted are: “The “social identity” centered in the family society” which is represented by phrases such as “My family and I are desperate enough to catch at straws”, “The “social identity” accepted as it is” which is represented by phrases such as “When I want to cry, I will cry openly in the face of my family”, “The “social identity” that spreads out as the patient learns to coexist with cancer” which is represented by phrases such as “I became confident in participating in the chorus again”, and “The “social identity” thinned out from the loss of role”, which is represented by phrases such as “I don’t know the meaning to life”. In addition, 2 nursing interventions against social pain were brought up to maintain and enhance the holistic QOL of cancer patients: performing directive and emotional support so that members belonging to the same society as the patient can organize an environment and forming human relations so that patients under treatment can perceive “social identity”.

Key words : cancer patient, social pain, social identity

¹⁾ Junior College of Nursing, Takasaki University of Health and Welfare

²⁾ Department of Nursing Kyorin University School of Health Science

³⁾ School of Health Science, Gunma University